

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

No 228

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Miodrag MARKOVITCH

Né le 2 novembre 1899, à Nich (Serbie)

CANCER PANCRÉATIQUE DU CORPS

AVEC PROPAGATION WIRSUNGHIEUNE

ICTÈRE TARDIF ET DIARRHÉE

Président : M. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Miodrag MARKOVITCH

Né le 2 novembre 1899, à Nich (Serbie)

CANCER PANCRÉATIQUE DU CORPS

AVEC PROPAGATION WIRSUNGHIEUNE

ICTÈRE TARDIF ET DIARRHÉE

Président : M. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	{ GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

R. UNIV
BIBLIOTHEQUE
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AIGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA Histologie.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHURAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimental¹⁰
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL . Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER Obstétrique.
 MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . Bactériologie.
 RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
 RICHET Fils . . Physiologie.
 TANON Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique MM
 VERNE Histologie.
 VILLARET . . . Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.

RETTERER . . . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHIEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
LOEPER . . . Clinique médicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
RATHERY . . Clinique médicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLAY BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Mort en 1915 au service de sa Patrie

A MA MÈRE

*Gage de ma profonde et tendre
affection.*

A MA SŒUR et A MON FRÈRE

A MES ONCLES

A MES CHERS AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur CLAUDE,

M. le Professeur DELBET,

Docteur DEVRAIGNE, Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière.

Docteur HUDELO, Médecin de l'Hôpital St-Louis,

M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE,

M. le Professeur NOBÉCOURT,

M. le Professeur agrégé RIBIERRE,

M. le Professeur agrégé ROBINEAU,

M. le Professeur VAQUEZ,

M. le Professeur WIDAL.

Nous considérons comme un devoir qui nous est très cher, d'exprimer notre profonde gratitude à tous nos Maîtres des Hôpitaux, qui en nous enseignant la Médecine nous ont appris aussi à l'aimer. Nous aurons toujours présent à l'esprit leurs leçons au lit du malade, qui nous serviront de guide dans notre carrière médicale. Et dans notre vie de médecin nous suivrons toujours leur exemple.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CARNOT

Médecin de l'Hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a accueilli dans son service avec sa bienveillance coutumière et qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse.

Nous tenons à exprimer à M. le Professeur CARNOT notre reconnaissance aussi profonde que le respect que nous avons pour lui.

Au cours de ce travail notre Maître a bien voulu nous témoigner une grande sollicitude et nous porter beaucoup d'intérêt.

Nous regrettons de ne pouvoir lui exprimer notre gratitude que par le faible témoignage de nos remerciements.

Monsieur le Docteur LIBERT

A bien voulu nous consacrer son temps précieux, pour nous aider, dans notre travail, de ses conseils avisés. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance.

*Il nous tient au cœur de dire, à la fin de nos études,
notre amour pour la France, que nous aimons comme
la Yougoslavie, notre pays.*

CANCER PANCRÉATIQUE DU CORPS

AVEC PROPAGATION WIRSUNGHIENNE

ICTÈRE TARDIF ET DIARRHÉE

CHAPITRE I

Historique

Envisagée dans son ensemble, l'histoire du cancer primitif du pancréas présente deux périodes. La première s'étend de l'année 1836 à 1888. La deuxième à partir de cette date jusqu'à nos jours. Chacune de ces deux périodes présente des faits saillants qui marquent les étapes et nous allons essayer de donner une esquisse de chacune d'elles.

La période antérieure à l'année 1836 pourrait être appelée la période d'incertitude. En effet, à cette époque le cancer du pancréas était une affection bien mystérieuse. On ne connaissait absolument rien de ses manifestations cliniques. Certains refusaient même de croire à l'existence du cancer localisé au pancréas et parmi ceux-ci on cite presque dans tous les ouvrages traitant cette question les noms de Tanchon, de Marc d'Espine et de Lebreton. D'autres, comme Roux Baillie, croyaient le pancréas tellement

privilegié, qu'ils pensaient que non seulement le cancer, mais aucune autre affection ne pouvait avoir pour siège cette glande. Cette manière de concevoir le cancer du pancréas était consécutive à une époque, après la découverte de Wirsung, où l'on était enclin à admettre que la plupart des maladies abdominales, sinon toutes, avaient le pancréas comme point de départ. Cependant une telle maladie, localisée à un organe dont l'importance vitale est aussi considérable, ne pouvait rester ignorée des cliniciens. Certes, on ne possédait pas la connaissance des signes qui auraient permis un diagnostic au lit du malade, mais on ne manquait point d'établir une relation entre les constatations cliniques et le résultat d'autopsie. Quelques observations rares existaient déjà, comme celle d'Andral par exemple qui, en 1832, rapporte un cas de « cancer du pancréas simulant un anévrisme de l'aorte abdominale ».

En 1836, en se basant sur ses deux observations, Monnière affirma, le premier, l'existence du cancer primitif du pancréas. C'est son nom qui marque le début *de la première période*, ou anatomo-pathologique. Tous les auteurs ne jugeaient pas les observations de Monnière suffisamment probantes et ne se ralliaient pas tous à ses affirmations. C'est ainsi que Bayle, Cayol, Franck, tout en admettant la possibilité du cancer du pancréas, ne croyaient pas que cette glande pouvait être frappée primitivement par le mal. Cependant, depuis la publication de Monnière, les travaux confirmatifs apparaissaient,

Pour ne nous arrêter qu'aux plus saillants, nous citerons Da Costa, qui en 1858 publia 37 observations du cancer primitif du pancréas et Ancelet, qui en 1895, sur 195 cas observés, a trouvé 18 fois le cancer primitif.

La publication d'Ancelet a eu pour l'effet d'orienter l'esprit des cliniciens vers la recherche de la symptomatologie de cette affection et à partir de ce moment là, de nouvelles observations venaient de toute part. (Bonnamy, Salles, Madre.) C'est dès lors que les cliniciens s'appliquèrent à étudier les symptômes (Vernay) de l'affection, soit en vue de rendre leur groupement rationnel (Arnozan), soit d'après leur ordre de fréquence (Bard et Pic). Ainsi nous sommes amené à considérer un fait des plus importants pour le *diagnostic clinique* du cancer du pancréas l'article de Ramos et Cochez et surtout la description de Bard et Pic. Ceci représente le commencement de la *deuxième période*, qui se prolongera jusqu'à nos jours. Bard et Pic se sont attachés à décrire la symptomatologie du cancer de la tête du pancréas la plus fréquemment rencontrée en clinique. Leur travail publié en 1888 et depuis longtemps classique, est le résultat de l'analyse critique et comparée des observations déjà existantes et de leurs constatations cliniques personnelles. Ce sont eux qui ont, les premiers, établi la relation entre la symptomatologie du cancer et son siège à la tête du pancréas, qu'ils avaient le seul en vue. Il résulte également de leur travail que les symptômes caractérisant le cancer de

la tête du pancréas découlent de la localisation topographique de la lésion.

De nombreuses observations ont suivi la description de Bard et Pic. (Caron, Lucron, Parisot, Perdu, Mirallié, Pic et Tolot). Un certain nombre d'entre elles ne répondaient pas tout à fait au type clinique déjà décrit par Bard et Pic. D'ailleurs les auteurs du classique mémoire ont déjà prévu l'existence possible de ces cas faisant l'exception à la règle et qui « laisseraient le clinicien hésitant. » Le groupement de ces cas particuliers avait conduit à la description d'un certain nombre de formes cliniques dont l'importance s'est montrée variable. En tout cas un fait était acquis : la connaissance des signes cliniques du cancer de la tête du pancréas.

Cependant déjà en 1895 Huchard avait remarqué qu'en clinique on trouve « des cancers du pancréas à des symptômes très différents suivant le siège de la tumeur à la queue au corps ou à la tête de l'organe ». Huchard avait donc déjà pressenti que les signes cliniques du cancer du pancréas serait la fonction de la localisation topographique de la lésion et des rapports que la tumeur affectera avec les organes voisins. Ce fait était amplement confirmé dans la description depuis longtemps classique — de l'aspect clinique du cancer du corps, dont Monsieur le Professeur Chauffard en 1908, dans sa communication à l'Académie de Médecine, fixa les traits.

L'année 1908 marque une étape. Depuis cette date les observations du cancer du corps se sont succé-

dées (de de Charette, Malus, Leriche, Chauffard) et beaucoup de fois, grâce à la connaissance d'une symptomatologie précise, le diagnostic de l'affection a pu être porté pendant la vie du malade. Cependant le diagnostic demeure souvent singulièrement difficile, car à côté des cas purs aux symptômes bien distincts, il existe, fort probablement, toute une série de cas de transition, dont l'aspect clinique peut revêtir les formes différentes — chez un même malade parfois — suivant l'évolution de l'affection. Ainsi, chez un malade que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur Carnot, le cancer du corps du pancréas n'a pas présenté, pendant un temps très prolongé, la symptomatologie classique, ce qui a rendu pendant longtemps, le diagnostic fort hésitant, comme on peut le voir dans son histoire clinique que nous rapportons au chapitre suivant.

CHAPITRE II

OBSERVATION I

(Personnelle, due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Carnot, médecin à l'hôpital Beaujon)

Monsieur S. V., peintre de sa profession est âgé de 63 ans et est entré à l'hôpital Beaujon dans le service de Monsieur le Professeur Carnot, le 10 novembre 1925, pour de la diarrhée et pour des douleurs au creux épigastrique. Pour ces mêmes troubles, le malade a déjà été hospitalisé à l'hôpital Saint-Maurice.

Jusqu'au mois de février 1925 Monsieur S. V. a été toujours bien portant. A cette époque il commençait à ressentir des douleurs dans la région épigastrique qu'il compare à des coups d'aiguille. Ces douleurs commençaient dans la région de la fausse iliaque droite, passaient à droite de l'ombilic et remontaient vers l'épigastre. En considérant la topographie de ces douleurs elles apparaissent comme en écharpe. Elles survenaient régulièrement une demi-heure après le repas ; tantôt insignifiantes, tantôt plus fortes, cependant sans jamais atteindre une grande intensité et n'ayant jamais nécessité de piqure de morphine. La durée de ces douleurs habituellement ne dépassait pas une demi-heure. Le malade ne s'est jamais plaint des irradiations douloureuses dans le dos ni dans l'omoplate.

En même temps que ces douleurs post prandiales, qui se répétaient avec une exactitude rigoureuse, le malade a commencé à maigrir rapidement. Du mois de février au mois de mars 1925 il a perdu quatre kilos. Cependant l'appétit était bon. Le malade avait continuellement la sensation de faim. Il mangeait de tout et même il avait une préférence pour la nourriture grasse. Jamais il n'a vomi. Les aliments ingérés n'exerçaient aucune influence sur la douleur, ni pour la diminuer, ni pour l'augmenter.

Au mois de juin 1925 apparaît un nouveau symptôme : la diarrhée. Jusqu'à cette époque le malade n'avait qu'une selle par jour et désormais c'est la diarrhée qui est le trouble dominant. Celle-ci survenait après les repas ; aussitôt après avoir mangé le malade était obligé d'aller à la selle ; tout d'abord deux ou trois fois par jour puis de plus en plus fréquemment de sorte qu'au mois d'août 1925 il avait cinq à six selles par jour. La diarrhée était abondante, fétide et la couleur des selles variait du jaune foncé au brun. Le malade n'a jamais remarqué l'aspect gras de ses selles. Il ne se souvient pas d'avoir vu les taches blanchâtres de graisse refroidie ni les îlots de graisse comme « les yeux dans le bouillon ». A aucun moment le malade n'a eu de coliques.

En présence de ces troubles le malade entre à l'hôpital « Perpétuel Secours » le 22 juin 1925. Il y reste trois semaines. Là on lui conseille d'aller à la campagne. Ce qu'il fait, mais son état ne s'en améliore pas. La douleur post prandiale et surtout la diarrhée persistaient toujours. Cette diarrhée devient même plus intense.

Au mois d'août 1925, le malade va consulter le Docteur François dans une clinique à Levallois-Perret. Ce médecin,

envoie le malade à l'hôpital Beaujon en vue d'un examen radiographique. Cet examen fut pratiqué : le 14 août 1925 et le 21 août 1925. Après en avoir pris la connaissance le Docteur François dirigea le malade vers l'hôpital Beaujon pour le faire opérer. Le malade entre dans le service du Docteur Monod le 7 septembre 1924. De nouveau on pratique les examens radiologiques dans le laboratoire de radiologie du Docteur Desternes à l'hôpital Beaujon. Le premier examen a eu lieu le 11 septembre et voici ce qu'on trouve inscrit sur le registre :

« L'estomac allongé à quatre travers de doigt au dessous des crêtes iliaques. Contractions énergiques pour évacuation minime. Duodénum difficile à percevoir, haut, irrégulier et *filiforme* par endroits. On ne constate pas de diverticules et on ne provoque pas de douleurs à la pression. Le bulbe est lui-même normal, la lésion siège plutôt vers la première ou la deuxième portion du duodénum. Radiologiquement on ne constate pas de signes de néoplasme, mais bien d'ulcère duodénal ancien. Duodénum petit, filiforme, irrégulier ; le symptôme douleur fait seul défaut.

Le deuxième examen radioscopique a été pratiqué le 18 septembre et voici ce qu'on trouve de noté à ce propos : « *Intestins*. La traversée intestinale se fait sans retard. Les colons sont injectés ; le colon transverse est ptosé, on ne peut que difficilement le distinguer d'une masse opaque qui semble être l'anse sigmoïde et le rectum injectés.

A la date du 22 septembre, voici ce que l'on a constaté lors du troisième examen radiologique.

« *Rectum et gros intestin*. — Le lavement (baryté) distend

le rectum d'une façon un peu exagérée, pour passer dans le colon gauche et transverse ; celui-ci est très ptosé et arrive au contact de l'ampoule rectale. Les angles coliques droit et gauche sont abaissés. Le colon droit est mobile et indolore à la palpation. »

L'examen radioscopique ayant conduit à admettre l'existence probable d'un ulcère duodénal ancien, le docteur Monod pratique une laparatomie exploratrice. Le compte-rendu de cette intervention nous donne les renseignements suivants :

« Laparatomie exploratrice, pratiquée le 26 septembre 1925. Anesthésie générale au chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve une tumeur du pancréas intéressant la portion sus-duodénale et se prolongeant dans le petit épiploon. On essaie de prélever un petit fragment de la tumeur, mais la vascularisation empêche d'insister. On laisse trois compresses sur le pancréas et l'on referme la paroi en trois plans. L'exploration du colon et du sigmoïde reste négative. Il existe un peu de liquide épanché dans la cavité péritonéale. »

Le 10 novembre 1925 le malade fut admis dans le service de Monsieur le Professeur Carnot. La diarrhée et la douleur persistaient, l'amaigrissement continuait et l'anorexie s'installe presque complète.

Le malade une fois dans le service de Monsieur le Professeur Carnot, on a pratiqué différentes épreuves ayant pour but de déceler les troubles dus à l'affection pancréatique. Tout d'abord on a pratiqué l'examen du suc duodénal. Après le tubage duodénal on a recueilli un liquide jaune d'or, de coloration assez foncée paraissant riche en pigments biliaires.

Examiné au microscope ce liquide s'est montré dépourvu de cellules anormales tant au point de vue d'une réaction inflammatoire, que de cellules néoplasiques. Par contre on y a constaté une pullulation microbienne (recherchée suivant la méthode Carnot et Libert, un peu insolite), constituée principalement par les colibacilles et les coccis.

Parmi les ferments pancréatiques nous n'avons recherché que la lipase, que les différents auteurs (Carnot et Mauban, Carnot) s'accordent à reconnaître comme le plus constant des ferments. La méthode que nous avons employée est celle décrite par Carnot et Mauban. Après avoir pratiqué cet examen nous avons reconnu l'absence complète de la lipase dans le suc duodénal de notre malade. Nous avons procédé à l'analyse du suc gastrique à deux reprises, après l'injection sous-cutanée d'histamine suivant la technique récemment décrite par Carnot et Libert. Cette épreuve a permis de recueillir un liquide abondant, limpide ne renfermant aucune trace de sang. La recherche de la teneur en acidité du suc a donné les renseignements suivants :

Le 23 novembre 1925. — 1,239 0/00 d'acide chlorhydrique libre ; 1,593 0/00 acidité totale.

Le 25 novembre 1925. — Dans un échantillon cette acidité s'élève à 2,024 0/00 d'acide chlorhydrique libre ; 2,478 0/00 d'acidité totale.

Le pouvoir peptique mesuré au tube de Mett à l'ovalbumine est de six millimètres.

Ces constatations, une sécrétion sensiblement normale et une légère diminution de l'acidité, nous autorise de conclure que le néoplasme n'envahit pas l'estomac.

Le 18 janvier 1926, en examinant le malade, nous avons noté ce qui suit :

Le malade se présente très amaigri. La peau est sèche et collée sur les os. Le malade se plaint de frilosité. Les téguments, les sclérotiques et les muqueuses présentent une coloration ictérique. L'apparition de cet ictère remonte à huit jours (le 10 janvier 1926). Jusque-là, le malade était pâle, d'un teint terreux, mais jamais il n'a été jaune. On ne constate pas de xanthélasma ; de même on note l'absence de xanthopsie et de prurit. La langue est saburrale et humide. L'haleine est mauvaise.

Sur la paroi abdominale on note la circulation collatérale porto-cave mais de prédominance cave. Les deux veines sous-cutanées abdominales sont cordiformes, tortueuses et du volume d'un petit doigt. En partant du tiers interne du pli de l'aîne elles cheminent en convergeant vers l'ombilic. Leur consistance est ferme, mais, en les palpant on ne sent pas de concrétions. L'apparition de la circulation collatérale remonte au mois de décembre et depuis s'est manifestement accentuée. On constate aussi des *naevi* vasculaires et pigmentaires. A droite et immédiatement, à côté de l'ombilic, on voit la cicatrice opératoire.

Lorsqu'on palpe l'aire épigastrique, on provoque une douleur profonde et oppressive à égale distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic. En ce point, la douleur est la plus marquée, mais toute la moitié gauche de l'aire épigastrique est douloureuse à la palpation. La paroi abdominale est souple, excepté au niveau de l'ombilic. A cet endroit et sur une étendue de quatre centimètres au-dessus, et deux centimètres au-dessous de l'ombilic, les muscles grands

droits sont contracturés. En palpant la région épigastrique on ne sent aucune tumeur sous les doigts. Le foie n'est pas augmenté de volume. La vésicule biliaire n'est pas perceptible ni sensible. La pression à la hauteur du dixième cartilage costal droit ne révèle pas de douleur. La zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard est indolore. Les ganglions du pli de l'aîne et sus-claviculaires ne sont pas augmentés de volume.

A la percussion de l'aire épigastrique, on constate la sonorité et le clapotage ; l'abdomen est sonore dans toute son étendue. *La matité hépatique* arrive, en haut, au niveau de la cinquième côte ; en bas, elle ne dépasse pas le bord du cartilage costal droit. La rate n'est pas perceptible.

L'examen du poumon et du cœur ne révèle aucune particularité. Tous les réflexes sont normaux. Le pouls est à 68 et bien frappé. Tension artérielle maxima est 12, minima 7. Pas de fièvre.

Pour être complet, nous signalons une double hernie inguinale ; le testicule gauche est mou et plus gros que le testicule droit. L'épidydime gauche porte deux kystes de volume respectif d'une noix.

Les urines ont diminué de quantité, un demi-litre en 24 heures ; elles sont de couleur acajou. Cette diminution de quantité d'urine est contemporaine de l'apparition de l'ictère. La recherche de l'albumine et de sucre se montre négative ; les sels et les pigments biliaires y sont contenus en quantité élevée.

Les selles sont abondantes, semi-liquides, décolorées, couleur cendre, et fétides. En les examinant à jour frisant on voit le reflet brillant de petites particules grasses dis-

séminées de part et d'autre. Examinées microscopiquement après la coloration au soudan III on voit des petites masses graisseuses colorées en rouge foncé et de forme arrondie.

Le 22 janvier 1926. — L'ictère est devenu plus foncé. Le malade présente un dégoût pour toute alimentation. Il se plaint de grande faiblesse. Après avoir mangé il fait des efforts de vomissements, sans vomir cependant. Il présente des éructations fréquentes. La langue est saburrale, l'haleine est mauvaise.

La quantité d'urines est de 500 cc. ; elles sont très chargées en pigments et sels biliaires, par contre on n'y trouve ni sucre, ni albumine. Le malade a deux selles par jour abondantes semi-liquides fétides et contenant les matières grasses qu'on voit à l'examen microscopique, après la coloration au soudan III, en quantité élevée.

Le 23 janvier 1926. — L'asthénie est marquée. La circulation veineuse est gênée ; les veines sous-cutanées abdominales, les veines thoraciques superficielles et les saphènes internes sont saillantes sous la peau. L'ictère est devenu plus foncé. La langue est saburrale ; l'haleine est mauvaise. On ne constate pas l'augmentation de volume des ganglions inguinaux et sus-claviculaires. La douleur siège au creux épigastrique, elle est sourde, profonde et tenace. Le malade reste toujours en décubitus dorsal et ne peut pas se mouvoir dans son lit. Le malade a des envies de vomir et les éructations fréquentes. Il a eu deux selles de caractère semblable à celui des jours précédents. La quantité d'urines est légèrement diminuée (450 cc.). La température est à 37°5, le pouls à 76.

Le 25 janvier 1926, le malade se sent très faible et il prévoit sa fin prochaine. Il est très amaigri. La circulation collatérale est très marquée. L'abdomen, le thorax et les jambes sont couverts de veines saillantes flexueuses et dont le trajet est tortueux.

Le foie n'est pas augmenté de volume. La rate n'est pas perceptible. Au poumon et au cœur on ne trouve rien de particulier à noter. La respiration est calme. Les troubles intestinaux sont représentés par une abondance des selles, qui est tout à fait en désaccord avec l'alimentation très restreinte du malade. Il a eu deux selles en 24 heures ayant un aspect semblable à celui que nous avons déjà signalé. La recherche des graisses par les procédés habituels montre leur présence en quantité élevée.

Le 27 janvier 1926. — L'affaiblissement du malade fait des progrès très rapides. Le malade se tient constamment assoupi et répond difficilement aux questions. Il se plaint de la douleur oppressive et profonde. L'examen des organes reste négatif. Le foie n'est pas augmenté de volume et son bord est imperceptible. La rate n'est pas perceptible. Nous nous abstenons de palper la tumeur, que précédemment nous n'avons jamais sentie. L'ictère est très foncé. La quantité d'urine est notablement diminuée, elle n'est que de 300 cc. Les urines sont riches en sels et pigments biliaires mais elles ne contiennent ni sucre ni albumine. L'évacuation intestinale est abondante. Le malade a eu trois selles en 24 h. Les selles contiennent des graisses ; par contre la recherche du sang dans les selles s'est montrée toujours négative.

Le 29 janvier 1926. — Le pouls est à 68, la température

37^o2. Le malade se plaint toujours de la faiblesse, de manque d'appétit et de la douleur oppressive. Il a deux selles par jour semi-liquides, décolorées et fétides. Leur teneur en graisse est très élevée. La quantité d'urine est de 300 cc.

Le 1^{er} février 1926. — Le malade est profondément cachectique ; il ne peut pas fournir l'effort pour prendre un verre d'eau sur sa table de nuit. La douleur est forte et l'empêche de dormir. L'anorexie est complète. Les troubles intestinaux sont toujours marqués. La quantité d'urine est de 200 cc. en 24 h. Les téguments présentent la coloration ictérique foncée. La circulation veineuse collatérale est très marquée, et on voit, particulièrement à la partie antérieure et inférieure du thorax, les veines se dessiner sous la peau. Le foie n'est pas gros. La rate n'est pas perceptible. Le poumon et le cœur n'ont rien de spécial à signaler. On ne note pas d'ascite cliniquement appréciable.

Le 3 février 1926. — Le malade reste complètement immobile dans son lit. Il est constamment assoupi et ne répond pas aux questions. Le pouls est à 60 ; la température est à 36°6.

Le 5 février 1926. — Le malade est mort dans la cachexie la plus profonde.

Nous avons rapporté au chapitre V, le résultat d'autopsie que nous avons pratiquée le 6 février 1926.

Nous voulons nous arrêter, au chapitre suivant, aux particularités symptomatologiques, que notre malade a présentées pendant la longue évolution de son affection.

CHAPITRE III

Symptômes

Les troubles intestinaux au cours du cancer du corps du pancréas sont variables. On note souvent la constipation opiniâtre, mais la diarrhée peut exister aussi et constituer même le symptôme prédominant de l'affection. Nous voulons plus particulièrement insister sur le symptôme diarrhée, que nous avons eu l'occasion d'observer chez le malade dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur Carnot et qui a plus spécialement motivé notre thèse.

Au cours du cancer du corps du pancréas la diarrhée peut survenir (Chauffard), mais elle a été toujours notée comme un symptôme accessoire. Cependant lorsqu'elle existe, comme chez notre malade, elle prend le caractère de véritable « diarrhée pancréatique ». « Le malade digère mal, la traversée digestive est généralement raccourcie par suite de la non digestion duodénale d'où certaines diarrhées pancréatiques, d'où parfois l'abondance des selles mal digérées quoique non diarrhéiques que l'on rencontre en pareil cas » (P^r Carnot). C'est une diarrhée liquide, véritable lientérie. La durée en est prolon-

gée, huit mois chez notre malade, ce qui contribue beaucoup à l'amaigrissement.

Les selles sont mal liées et fétides; elles sont abondantes et en disproportion avec la quantité d'aliments ingérés (Oser); elles ne sont pas décolorées et n'ont pas l'aspect gras, car l'apport de la bile dans le duodénum n'est pas supprimé. La digestion des albuminoïdes est déficiente, ce dont on peut se rendre compte par l'épreuve de noyaux de Schmidt ou par le repas d'épreuve.

La diarrhée au cours du cancer du corps du pancréas n'est pas très fréquemment observée. Nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale que quelques observations où ce symptôme a été suffisamment important pour attirer plus particulièrement l'attention. Nous citerons notamment les deux observations suivantes.

*Cancer mélanique du pancréas, observé dans le service
de Labadie-Lagrave; in thèse de Salles 1880*

Le nommé A., plombier, 37 ans entre le 13 février 1880 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, lit numéro 22. Rien, à noter comme antécédents morbides. Il n'a eu ni coliques de plomb, ni la syphilis, ni rhumatisme. En 1870, un éclat d'obus avait pénétré profondément dans son œil gauche. Il s'en était suivie une perte de l'œil. On avait extrait le corps vulnérant et à la date de l'entrée à l'hôpital on constatait seulement une cicatrice énorme aux dépens de la sclérotique et de la pau-

pière supérieure. Il y a six mois le malade a été pris de douleurs de ventre d'une extrême intensité. Sa profession a d'abord fait croire à des coliques de plomb et on a institué un traitement dans ce sens. Loin de céder, les douleurs n'en persistaient pas moins et allaient en grandissant. Elles avaient leur siège principal sur le côté droit du ventre, au niveau du rebord des fausses côtes avec retentissement vers la colonne vertébrale au niveau des dernières dorsales et premières lombaires. Il n'a eu depuis le début de la maladie que trois vomissements alimentaires et parfois quelques vomissements glaireux le matin.

Diarrhée habituelle depuis quatre à cinq mois. Sur les derniers temps il a constaté un peu de sang noir dans ses gardes-robes. Il a perdu considérablement de ses forces et a rapidement maigri depuis trois semaines.

Etat actuel. — Malade notablement émacié, teint jaunâtre de la peau. Appétit nul, pas de fièvre. Facultés intellectuelles intactes. Douleur à la palpation et malgré le ballonnement du ventre on sent une tumeur dure, bosselée, soulevée par des battements, isochrones à ceux du poulx. Ce n'est pas un anévrysme de l'aorte abdominale, car on n'aurait pas cette sensation de dureté et de bosselure ; d'ailleurs sous la main on sent que la tumeur est soulevée en masse et on n'a pas une sensation d'expansion. Il est plus difficile à savoir si l'on a affaire à une tumeur de l'estomac ou du duodénum. Rien du côté des urines qui sont très rares. Vu l'amaigrissement du malade et la teinte de ses téguments qui rappelaient celle de la cachexie cancéreuse plutôt que l'ictère ; en

présence des vomissements, de la diarrhée et enfin de la tumeur qu'on prenait sous les doigts il aurait été assez rationnel d'admettre un cancer de l'estomac ou de l'intestin ; mais un signe que l'on remarqua les derniers jours vint lever les doutes à cet égard et permit à Mr. Labadie Lagrave de diagnostiquer un cancer du pancréas.

Dans les derniers jours de la maladie, l'examen des selles y fit reconnaître la présence de petits grumeaux blancs, gros comme des petits pois ou des têtes d'épingle. Un de ces petits grumeaux placé sur du papier y faisait une tache huileuse persistante, c'était évidemment de la graisse. Cependant vers le 20 février le malade tombe dans une sorte de torpeur ; il répond difficilement aux questions qu'on lui pose ; il reste dans cet état jusqu'au 26, jour où il succombe dans le marasme le plus prononcé.

L'autopsie faite par M. Colleville, externe du service. A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule environ 100 grammes d'un liquide séreux trouble. L'estomac et l'intestin présentent une coloration ardoisée. Celui-ci fortement congestionné à la portion descendante du duodénum présente par place de petites infiltrations sanguines qui expliqueraient la présence du sang qu'on a parfois remarqué en petites quantités dans les selles pendant la vie. Le pancréas est converti en une tumeur mélanique. Le canal de Wirsung est complètement oblitéré ; les ganglions prévertébraux sont atteints par infection carcinomateuse.

Le foie est pâle un peu grasseux. Sur le bord postérieur et près du pancréas, on trouve une tumeur mélanique grosse comme un petit œuf de poule. Les reins sont gras et mous,

la rate est un peu diffluent. On ouvre la boîte crânienne et on trouve à la partie postérieure du lobe sphéno-occipital gauche une tumeur mélanique ayant complètement détruit la substance cérébrale à ce niveau et logée dans une large excavation.

Andral, cancer du pancréas simulant un anévrisme de l'aorte abdominale (Lancette française +. V, n° 18, 1831; in thèse Malus).

La femme L..., âgée de 54 ans, d'une constitution ordinairement forte, accusait trois mois de maladie lorsqu'elle fut admise à l'hôpital le 15 mars 1831. Elle éprouvait dans la région du dos des douleurs intolérables qui irradiaient dans la partie latérale gauche du thorax durent tantôt pendant des heures, tantôt pendant une journée entière, parcouraient toute la région abdominale et venaient s'éteindre dans la région de la rate. La malade comparait ces douleurs tantôt à des coups de marteau, tantôt à des coups de poignard qu'elle recevrait dans le dos. La douleur se renouvelait plus pendant le jour que pendant la nuit. Le facies était pâle, exprimait la souffrance, le pouls était fréquent par intervalles, la langue était couverte d'un enduit jaunâtre, la malade éprouvait un insurmontable dégoût pour les aliments. La percussion de la poitrine et du ventre ainsi que l'auscultation de la poitrine n'apprenaient rien de particulier sur l'état des organes contenus dans ces deux cavités.

Quelques jours après l'entrée de la malade un examen plus attentif fit reconnaître une saillie remarquable des dernières fausses côtes gauches, ce qui porta à soupçonner l'existence

d'une tumeur de la région hypochondrique, mais le palper et la pression de cette région ne fournissait aucun renseignement.

Quelques émissions sanguines locales, des cataplasmes des narcotiques, la morphine, tels furent les moyens mis en usage pour calmer la souffrance et la cruelle insomnie qui la tourmentaient.

Dès les premiers jours de juin la diarrhée survint, la langue se sécha et se recouvrit d'un enduit crêmeux, le ventre se météorisa, le pouls augmenta de fréquence, la sensibilité devient obtuse, la malade n'accusa plus de vives douleurs mais elle succomba après avoir présenté tous les signes de la fièvre adynamique des vieillards.

Autopsie. — A l'ouverture, les yeux se portent aussitôt sur la cavité abdominale qui paraissait être le siège du mal. La rate dont on avait soupçonné l'altération pendant la vie n'offrait rien d'anormal. Le foie était sain. Il existait, entre cet organe et le diaphragme, une tumeur environ de volume d'un œuf. En écartant la masse intestinale, on ne tarde pas d'apercevoir à la place du pancréas une énorme tumeur formée de matière encéphaloïde squirrheuse. C'est le pancréas lui-même qui avait subi cette transformation ; à peine en distinguait-on quelques fibres au milieu de cette masse qui comprimait l'aorte abdominale et les plexus nerveux qui s'épanouissent sur ce vaisseau, ce qui rend compte des vives douleurs que la malade éprouvait pendant la vie.

La membrane muqueuse de l'estomac est saine, elle ne présente aucune altération qui soit en rapport avec l'état

de la langue observée pendant les derniers jours de l'existence.

Le poumon est crépitant et perméable à l'air, mais au moment où on ouvre le péricarde, il s'échappe une quantité de sang qu'on a pu évaluer à un demi-litre. Le cœur et les gros vaisseaux tant artériels que veineux ne présentent pas d'altérations appréciables. Était-il possible, dans l'état actuel de nos connaissances de déterminer le siège de cette maladie et d'en arrêter le progrès ? Nous ne le pensons pas. En nous rappelant des faits analogues, en considérant cette douleur perforante comparable aux coups de marteau reçus dans le dos, nous étions très portés à croire à l'existence d'un anévrisme de l'aorte abdominale. Cette saillie même des fausses côtes qui bien probablement était congénitale, était encore pour nous une source d'erreur.

Nous avons laissé de côté toutes les observations où la diarrhée a été un symptôme transitoire ou peu prononcé.

Le peu de fréquence de la diarrhée au cours du cancer du corps du pancréas se trouve expliqué assez aisément par la non suppression de l'apport du suc pancréatique dans le duodénum parce que le plus souvent le canal de Wirsung n'est pas oblitéré entièrement, que le canal de Santorini est perméable et que, d'autre part, la sécrétion du suc pancréatique est assurée par le bon fonctionnement de la partie céphalique de la glande. Ainsi s'explique l'opinion de M. Chiray pour qui « la valeur du tubage duodénal varie avec divers types anatomiques du

cancer ; si l'on est en présence du cancer du corps et de la queue de l'organe, l'examen du liquide duodénal n'a aucun intérêt comme moyen diagnostique. » Mais il peut arriver, comme dans le cas que nous étudions, que le néoplasme après avoir oblitéré le canal de Wirsung au niveau du corps, évolue en « queue de renard » vers l'ampoule de Vater et le canal accessoire (voyez chapitre V). A ce moment l'absence de la sécrétion pancréatique peut être complète et donner naissance à la dyspepsie pancréatique » (P^r Carnot).

Les diarrhées fonctionnelles graves, surtout chroniques sont causées, croit Schmidt d'après ses recherches, par la cessation temporaire ou durable de la sécrétion pancréatique. Il admet, par analogie avec l'achylie gastrique, que « l'existence d'une achylie pancréatique est très possible, mais celle-ci est difficile à démontrer à cause de nos méthodes de recherches qui laissent beaucoup à désirer et deuxièmement, parce que le déficit du suc pancréatique peut être couvert par différents processus compensateurs de l'organisme. »

Pour constater l'existence de l'insuffisance pancréatique on a actuellement des procédés sûrs basés sur le dosage des ferments pancréatiques que l'on retire avec le suc duodénal, après le tubage. Le tubage duodénal, peut être, croyons-nous, d'une utilité diagnostique incontestable au cours du cancer du corps du pancréas également, car en oblitérant les canaux excréteurs (chapitre V) le cancer amène

la suppression de l'écoulement du suc pancréatique et cette constatation, confrontée avec d'autres signes qui accompagnent cette affection, peut contribuer dans une large mesure à faire le diagnostic. Nous nous croyons autorisé à faire cette déduction en nous appuyant sur notre observation personnelle où le tubage duodénal pratiqué chez notre malade après laparotomie exploratrice a la valeur d'une expérience. Pour dépister l'insuffisance pancréatique, qui peut exister même au cours du cancer du corps du pancréas, comme nous l'avons observé chez notre malade, il faut rechercher l'absence des ferments pancréatiques. Parmi ces ferments, le plus important et le plus constant est la lipase dont le dosage peut être effectué par diverses méthodes, notamment par la méthode de Bondi, ou plus simplement encore par la technique des plaques de gélose graisse proposée par Carnot et Mauban. Si, par ce procédé, on constate que la sécrétion pancréatique est insuffisante, l'explication de certains troubles, tels que la diarrhée, est facile.

Cette insuffisance pancréatique peut manquer dans les scléroses avancées, dans les infiltrations carcinomateuses et même dans les obstructions lithiasiques des conduits excréteurs (Schmidt). Mais « le rôle capital joué par le suc pancréatique dans la digestion des aliments explique la gravité des troubles dyspeptiques causés par le déficit de la sécrétion de cette glande » (Trimbal).

Tels sont les troubles fonctionnels qu'on peut voir

au cours du cancer du corps du pancréas, que nous avons observés chez notre malade et qui sont les plus importants à rechercher.

Ici, comme au cours du cancer de la tête du pancréas, l'*amaigrissement* est un symptôme de premier ordre. Il survient promptement. En peu de temps, les malades maigrissent considérablement ; ils fondent pour ainsi dire et à la fin ils meurent, comme notre malade, profondément cachectiques. Et l'on comprend d'autant mieux cet amaigrissement — la question du cancer lui-même mise à part — que l'on est en mesure de constater le symptôme capital (Carnot), comme au cours de cancer de la tête, *le trouble de l'assimilation intestinale*. On explique cette cachexie rapide, par les métastases au foie aussi, mais pour Kleinschmidt « la vraie raison de l'amaigrissement est probablement ces folles douleurs qui, à elles seules, peuvent très bien abattre un homme, surtout lorsqu'il fait — pour les diminuer — de la restriction alimentaire ». Cependant ce signe classique qu'est la douleur, chez notre malade n'a jamais présenté le caractère qu'on observe habituellement au cours du cancer du corps du pancréas. Mais lorsqu'elle existe elle survient à grand éclat. Nous ne pourrions mieux faire que de suivre ici sa description classique due à Monsieur le Professeur Chauffard et appuyée depuis par des observations qui allaient toujours en se multipliant. (Malus, de Charette, Malbot, Serafini, Chauffard). « Le cancer du corps du pancréas est une maladie absolument distincte du

cancer de la tête » (Chauffard). C'est la douleur qui en faisant du cancer du corps « une des maladies abdominales les plus douloureuses qu'on connaisse (Chauffard) — est le signe princeps. Elle naît au niveau du dixième espace intercostal gauche puis, au fur et à mesure que le mal évolue, elle change de siège, devient médiane et sus ombilicale. Au début ce sont des accès douloureux paroxystiques séparés par un intervalle d'accalmie plus ou moins prolongé. Leur fréquence cependant ne tarde pas à apparaître.

Les malades se sentent comme dans un étai. La douleur est profonde, constrictive, en corset ; elle est cruelle et devient inexprimable (Oser) et « dont je ne connais l'analogue que dans les crises tabétiques les plus intenses » (Chauffard). C'est la douleur aiguë qui rappelle « le drame pancréatique » décrit par Dieulafoy, mais en diffère par ses apparitions alternatives, qui s'échelonnent pendant des mois. Au moment des crises « les malades offrent le masque le plus douloureux qu'on puisse voir » (Chauffard). Pour obtenir un certain soulagement, les malades cherchent la position la plus favorable ; ils s'accroupissent, se tiennent penchés en avant pour décompresser les plans profonds de l'abdomen. Mais rien d'autre que la morphine ne peut soulager leur souffrance. Par contre, dans l'intervalle des crises, les malades éprouvent une douleur sourde persistante beaucoup moins forte mais continue. Ces douleurs sont expliquées par la compression de la tumeur du nerf sympathique, du nerf splanchnique ou les nerfs

spinaux. L'indigestion des aliments n'a exercé aucune influence sur la douleur profonde et sourde, mais nullement intense, qu'a présentée notre malade. D'autres fois, les malades loin d'être soulagés par ingestion des aliments, comme cela peut se voir au cours de certaines affections gastriques et duodénales, peuvent au contraire en souffrir davantage. En général les troubles digestifs sont variables. Parfois l'appétit est conservé jusqu'au dernier jour. Souvent l'anorexie est élective pour la viande ou pour la graisse. Les vomissements sont très inconstants et lorsqu'ils existent, on peut les attribuer, de par leur caractère, à un néoplasme gastrique (Koetelitz). *L'ictère* n'existe pas, tout au moins à la période du début. Plus tard, avec l'évolution du mal, il peut apparaître et indiquer ou bien l'envahissement de la tête du pancréas par le cancer, ou bien l'obstruction des rameaux portes intrahépatiques par embolies cancéreuses, ou encore, la compression du cholédoque par les ganglions (Chauffard). Si le cancer a envahi le canal de Wirsung, comme cela s'est produit chez notre malade, il peut gagner de proche en proche le confluent cholédoco-wirsungien et constituer ainsi l'obstacle à l'écoulement de la bile (voyez chapitre V), d'où l'ictère par rétention, progressif et sans rémissions.

L'ascite peut apparaître par la compression de la veine porte, du canal thoracique (ascite chyloforme, Vignau) ou par la réaction inflammatoire du péritoine (Chauffard). La gêne de la circulation veineuse

peut se manifester aussi par la circulation collatérale et nous avons pu observer chez notre malade qu'elle a été très développée surtout pendant les deux derniers mois qui ont précédé sa mort.

La compression de l'aorte abdominale par la tumeur peut donner le tableau clinique de l'anévrysme de l'aorte. Il existe encore quelques signes mais dont l'importance est moindre à cause de leur grande inconstance. C'est ainsi qu'au moment de la crise douloureuse les malades éprouvent parfois de faux besoins d'aller à la selle ; ils ont parfois la sensation de plénitude intestinale ou des coliques (Chauffard). La sialorrhée est rarement observée. La teinte bronzée de la peau a été observée par Lanceraux. Kleinschmidt a noté l'existence de la tension abdominale.

« Il n'existe, en effet, aucun signe pathognomonique. Le principal symptôme, la douleur, ne rappelle ordinairement que les crises gastralgiques, entéralgiques ou dorso lombaires du tabès ; mais une foule d'autres syndromes douloureux, dans lesquels les souffrances peuvent acquérir une haute intensité, se manifestent dans la même région. On n'aura donc droit de s'arrêter à l'hypothèse d'un carcinome du corps du pancréas que si l'étude du chimisme intestinal montre qu'il existe de l'insuffisance de cette glande. » (Malus.)

A côté des moyens d'investigation déjà indiqués, nous allons mentionner les résultats obtenus par l'examen radiologique du pancréas. Dans un certain

nombre des cas, on a pu voir l'emplacement de la tumeur (Buckstein). Eisler et Kreutzfuchs décrivent l'image de la motilité stomacale et duodénale en cas de cancer du pancréas. Stierlin attache une importance particulière lorsqu'apparaît l'image de la sténose duodénale. Mais en général le diagnostic radiologique du cancer du pancréas est fort difficile (Ledoux-Lebard) et à lui seul ne suffit pas pour poser le diagnostic (O. Grosse). Cependant, il arrive encore assez souvent que ni la clinique ni le laboratoire ne sont pas en mesure de fournir les éléments de diagnostic certain et ce n'est que sur la table d'opérations ou à l'autopsie que l'on se rend compte de la nature du mal.

Il y a donc beaucoup d'affections abdominales qui par leur similitude de symptômes et par leur fréquence plus grande, que le cancer du corps du pancréas, contribuent à rendre le diagnostic hésitant. Ainsi nous sommes conduits à envisager, au chapitre suivant le diagnostic différentiel.

CHAPITRE IV

Diagnostic

« Il est difficile de penser à une lésion pancréatique alors que l'examen sémiotique ne révèle d'autres troubles que les symptômes banaux d'altération gastro-intestinale ou de tuméfactions qui ne sont pas bien localisables. » (Pisano.)

Lorsque le cancer du corps du pancréas se manifeste par de la diarrhée comme principal symptôme, plusieurs affections abdominales peuvent prêter à confusion, et, parmi celles-ci, nous citerons *l'entérite tuberculeuse à forme diarrhéique*, surtout lorsqu'elle apparaît comme une manifestation primitive de la bacillose, sans lésions pulmonaires. La recherche d'antécédents héréditaires et personnels, l'existence des pleurésies antérieures, des hémoptisies, de l'amaigrissement, des sueurs nocturnes, contribuent à élucider le diagnostic. *Le Cancer de l'intestin*, surtout bas situé, se manifeste par de la diarrhée rebelle, continuelle, et qui s'accompagne de ténésme, de gêne abdominale, de sifflements gazeux, de borborismes. Le toucher rectal et la rectoscopie tranchent la question. *Le kyste du pancréas* qui s'accompagne

d'une « diarrhée pancréatique » peut présenter une telle similitude de symptômes avec le cancer du corps du pancréas que l'en différencier est particulièrement difficile. *Le cancer de l'ampoule de Vater* d'origine intestinale (Pr Carnot) est caractérisé par la fréquence de la diarrhée intense, persistante et rebelle à tout traitement. L'ictère est variable d'un jour à l'autre. Le tubage duodénal permet de reconnaître la présence du sang et du suc pancréatique en même temps que l'absence de la bile.

Dans la *lithiase biliaire* les douleurs peuvent être tellement intenses, qu'il est classique de l'en différencier avec le cancer du corps du pancréas à forme douloureuse. La lithiase biliaire est caractéristique par les paroxysmes douloureux plus ou moins violents survenant à n'importe quelle heure de la journée même le matin à jeun. La crise dure quelques heures parfois une journée entière, mais dans l'intervalle, il y a des périodes d'accalmies complètes. Au moment des accès, la douleur irradie dans l'épaule droite. Ces crises sont sans lendemain ; parfois elles sont suivies d'une légère poussée fébrile ou subictérique. *Le tabès* simule très bien le cancer du corps du pancréas par des crises douloureuses ou par la diarrhée qu'il peut présenter. Mais, ici, l'apparition et disparition brusque des crises ; l'abondance des vomissements ; l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens ; le signe d'Argyll Robertson positif ; la ponction lombaire qui montre dans le liquide céphalo-rachidien une lymphocytose, l'hyper-albuminose et

la réaction de Wassermann positive — aident à faire le diagnostic.

Dans l'Ulcère duodéal, la douleur est circonscrite à la région duodénale, sans irradiations. Elle est tardive. L'ingestion des alcalins la font disparaître ; le vomissement et le lavage de l'estomac ont la même action. A la radioscopie on constate l'évacuation duodénale hâtive. Le diagnostic entre *l'ulcère de l'estomac*, *le cancer de l'estomac* et *le cancer du pancréas* est souvent singulièrement difficile « parce qu'au cours de certains cancers du pancréas le suc gastrique est hypoacide ou hypopeptique. Les troubles de la digestion gastrique pourraient alors faire croire à un néoplasme de l'estomac, alors qu'il ne s'agit que des troubles synergiques » (P^r Carnot). Pour faire ce diagnostic on peut s'aider aussi de l'épreuve de l'histamine sur lequel Libert a dernièrement insisté. *Les coliques saturnines* ont pour elles la notion étiologique ; leur existence antérieure et les stigmates de saturnisme. Dans les *coliques néphrétiques* l'irradiation douloureuse se fait vers le pli de l'aîne et le testicule. Les urines sont sablonneuses.

Les Pancréatites chroniques du corps peuvent être prises pour le cancer et l'erreur est presque inévitable. *La Périgastrite postérieure* à forme caelialgique à crises douloureuses (P^r Carnot) prête à confusion ; cependant les douleurs sont calmées par le repos, par le jeûne et par le bismuth. (P^r Carnot.) En cas de *l'ulcère térébrant de la petite courbure*, on peut voir le tissu scléreux de la niche de Haudeck,

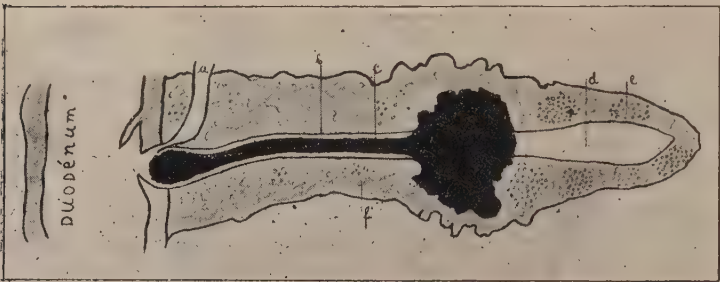
infiltrer le pancréas, d'où les signes de l'insuffisance pancréatique. En même temps il peut se produire une symphyse gastro pancréatique. La radioscopie permet le diagnostic (P^r Carnot).

CHAPITRE V

Anatomie Pathologique

Pour l'étude anatomo-pathologique à laquelle nous avons réservé ce dernier chapitre, nous décrivons principalement les lésions du pancréas, macroscopiques et microscopiques, qu'à présentées notre malade. A l'autopsie, nous avons procédé à l'exploration du pancréas après avoir relevé le foie et l'estomac. La glande se montre dure et adhérente au plan profond de la cavité abdominale. Une fois disséqué et isolé, le pancréas se présente long de 25 cm., bosselé, de couleur jaune verdâtre et induré sur toute sa longueur. Son poids est de 200 gr. La tête et le corps du pancréas forment une masse uniformément grosse. Au toucher, la tête et la queue paraissent être moins dures que le corps, mais l'induration est généralisée à tout l'organe. Pour examiner la perméabilité du canal cholédoque et du canal de Wirsung nous avons essayé, après l'ouverture du duodénum, d'introduire le stylet dans leur lumière. L'ampoule de Vater a l'aspect normal, mais le stylet introduit par son orifice s'arrête après un trajet d'un demi centimètre

à peine. Après plusieurs tentatives, également infructueuses, nous avons pratiqué une série de coupes sur toute la longueur du pancréas. Tout près de l'ampoule de Vater, le canal cholédoque et le canal de Wirsung sont distingués facilement. Le cholédoque est comprimé par la tumeur wirsunghienne ; ses bords sont accolés, mais sa lumière qui commence à être envahie par le néoplasme laisse passer le stylet. Cette perméabilité, en ce qui concerne le canal de



a, canal cholédoque ; *b*, canal de Wirsung ; *c*, cancer ayant envahi le canal de Wirsung, comprime le cholédoque ; *d*, dilatation wirsunghienne en amont du cancer ; *e*, ilôts de Langerhans très hypertrophiés ; *f*, tissu de sclérose.

Wirsung, est moins nette et, un demi centimètre plus loin, ce canal se trouve complètement oblitéré par un noyau cancéreux. Cette oblitération du canal de Wirsung persiste dans toute sa traversée du corps du pancréas, où elle est surtout très marquée. La perméabilité du canal de Wirsung est rétablie dans son trajet dans la queue du pancréas. A ce niveau le canal paraît scléreux et sa lumière est notablement élargie.

L'autopsie nous a permis de faire d'autres constatations et que nous rapportons ici.

Après l'ouverture de la cavité abdominale nous n'avons pas eu à noter la présence de liquide. Le grand épiploon paraît normal et on n'y trouve pas de noyaux néoplasiques. L'examen des viscères a montré ce qui suit.

Le foie n'est pas augmenté de volume. Sa surface antérieure présente quelques noyaux cancéreux, en taches de bougie, disséminés çà et là. En faisant les coupes dans l'organe, nous avons noté qu'il est très injecté de bile ; on y voit également un certain nombre de noyaux cancéreux secondaires. *La vésicule biliaire* n'est pas dilatée. Les canaux cystiques et hépatiques sont perméables, et non comprimés par les noyaux néoplasiques secondaires. En suivant le cholédoque à partir de son origine, on le voit disparaître englobé par la tête du pancréas. *Les deux reins* sont normaux, mais *la capsule surrénale gauche* est envahie par le cancer. Les autres organes contenus dans la cavité abdominale ainsi que les viscères de la cavité thoracique ne présentent rien de particulier à signaler.

L'examen microscopique du pancréas est intéressant en ce sens qu'il explique les troubles de l'insuffisance pancréatique constatée pendant la vie du malade.

Au faible grossissement, la coupe passant par la tête du pancréas montre d'une part le canal de Wirsung bourré de cellules et d'autre part le cho-

lédouque vide mais aplati par la tumeur wirsungienne ; de plus on voit dans le champ microscopique un tissu de sclérose très développé dont les travées se dirigent dans tous les sens. Les acinis sont en petit nombre, atrophiés et étouffés par le tissu de sclérose qui les encercle. Les îlots de Langerhans n'ont subi aucun changement appréciable dans cette partie de la glande. A ce point de vue *la coupe passant par la queue du pancréas* présente un tout autre aspect. En effet, à cet endroit, le canal de Wirsung est libre, dilaté et aux parois scléreuses. Les acinis sont atrophiés ; le tissu de sclérose est abondant mais on trouve les îlots de Langerhans très hypertrophiés et en assez grande quantité. On pourrait dire que l'atrophie de la glande à sécrétion externe a entraîné l'hypertrophie de la glande endocrine.

La coupe passant par le corps du pancréas montre le canal de Wirsung oblitéré complètement. Le tissu de sclérose est abondant ; de place en place on voit les cellules épithéliales néoformées franchir la paroi canaliculaire et s'infiltrer dans la glande. Là, elles gardent la disposition canaliculaire et si ce n'était leur nombre inusité, on les prendrait pour les canaux normaux.

Au fort grossissement l'examen de la coupe passant par le corps du pancréas montre ce qui suit : Les cellules épithéliales tapissant le canal de Wirsung sont proliférées, desquammées et tombées dans la lumière du canal qu'elles bouchent. Elles

sont cubiques et présentent à la base un gros noyau fortement coloré par le bleu de Unna. La masse protoplasmique est colorée assez intensément aussi. De place en place on remarque une plaque de l'albumine coagulée par le réactif. Les cellules, pour la plupart, sont disposées sans ordre dans la lumière du canal. Un certain nombre d'entre elles, tout en étant restées dans le canal, ont formé les petits cercles et ont gardé ainsi l'aspect canaliculaire. Au niveau du corps du pancréas à l'exclusion du reste de la glande, on trouve les cellules néoplasiques s'infiltrer dans le parenchyme. Mais le tissu de sclérose prédomine dans toute la glande.

En somme, les cellules néoplasiques, d'origine canaliculaire, ont pris naissance au niveau du corps du pancréas. A ce niveau elles ont oblitéré le canal de Wirsung, en constituant une véritable embolie. Ces embolies, ont gagné ensuite, de proche en proche, la lumière des canaux excréteurs, qui se sont trouvés ainsi oblitérés à la manière de ces conduits d'eau, que les racines envahissent et bouchent sur un long parcours, ce que l'on appelle à la campagne « queues de renards ».

CONCLUSIONS

Nous publions une observation de cancer du corps du pancréas qui paraît devoir retenir l'attention par deux faits cliniques principaux : 1° l'apparition précoce de la diarrhée et 2° la date tardive de l'ictère.

1° L'apparition de la diarrhée a été depuis longtemps constatée au cours du cancer du pancréas. Il est probable qu'elle est liée à l'insuffisance pancréatique due à la disparition des ferments. Chez notre malade, en effet la recherche des ferments par le procédé de Carnot et Mauban a été négative.

2° La date tardive de l'ictère s'explique par le fait que le cancer est resté toujours localisé au corps, et ne s'est étendu que tardivement, par la propagation wirsunghienne vers le cholédoque.

3° Le diagnostic a été fait d'une façon précise au cours d'une opération, pratiquée huit mois après le début de la maladie et qui a montré une induration pathognomonique du corps du pancréas à l'exclusion du reste de la glande et des organes voisins.

4° A ce moment le malade présentait uniquement de la diarrhée et de la douleur ; celle-ci n'avait pas le caractère de la névralgie cœliaque habituellement observée au cours du cancer du corps.

5° Tardivement, l'extension vers la tête a été décelée, cliniquement, par l'apparition de l'ictère. L'autopsie a montré que cette propagation s'est effectuée par le canal de Wirsung, dans la lumière duquel végétait et proliférait une véritable embolie cancéreuse canaliculaire. Cette embolie a gagné le cholédoque, alors que le reste du parenchyme de la tête n'était pas atteint par le néoplasme. Le tissu glandulaire était de pure sclérose.

6° La forme diarrhéique avec ictère tardif, du cancer du corps du pancréas est à décrire à côté des formes douloureuses et formes latentes.

Vu : le Président de la thèse,
P. CARNOT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris.
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL. — Gazette des Hôpitaux, 1832, V, page 6.
 — Cancer du pancréas simulant un anévrisme de l'aorte abdominale.
- ACHARD. — Revue de Médecine, 1921 n° 9-10.
- BACHON. — Thèse de Lyon, 1898-9. n° 186.
- BARD et PIC. — Revue de Médecine, 1888, avril, mai page 257.
- BONNAMY. — Thèse de Paris, 1879-80 n° 583.
- BONNIN et SABRAZÈS. — Bull. Méd. Chir. de Bordeaux, 1924-23 page 208-220.
- BRECHEMIN. — Progrès médical, 1880, VIII, page 70.
- CARNOT Paul. — Thèse de Paris, 1897-8, n° 213.
 — Maladies des glandes salivaires et du pancréas (in nouveau traité de Médecine et thérapeutique Gilbert et Carnot, 1922.
 — Périviscérités digestives, 1926.
 — Les ulcères digestifs.
 — Paris Médical, n° 27, 1914.
 — Journal médical français, janvier 1921.
- CARNOT (P.) et GOELINGER. — Paris médical, 19 mai 1923.
- CARNOT (P.) LIBERT et KOSKOWSKI. — Société de Biologie, 18 mars, 1921.
- CARNOT et LIBERT. — Société médicale des hôpitaux, 3 juin 1921.
 — Journal médical français, 1924, t. XIII, n° 12, page 469 475.
 — La Médecine, 1925.
 — Société de Biologie, 27 juin 1925, page 442.
 — Bull. et Mémoires des Hôpitaux Paris, 9 juin 1921.
- CARNOT et MAUBAN. — Comptes-rendus de la Société de Biologie, 14 février 1920, page 130.
 — Société de Biologie, 26 janvier, 13 avril 1918.
 — Société de Biologie, 19 février 1921.
- CARON. — Thèse de Paris, 1888-1889, n° 185.
- CHAUFFARD. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1908, page 242.
 — Revue générale de clin. et thérap. Paris, 1923, XXXVII, p. 645-647.

- CHAVANAZ et GUYOT. — In nouveau traité de chirurgie Delbet, Le Dentu, 1913.
- CHIRAY. — Le tubage duodénal, 1924.
- DE CHARETTE. — Thèse Lyon, 1908-1909.
- FAROY. — Maladie du pancréas in traité de path. méd. de G. Sergent, 1920, t. XII.
- GIMBERT. — Thèse de Lyon, 1902.
- GUYOT et DERAIGEZ. — Bull. Mém. Soc. Méd. Chir., Bordeaux, 1923-1924, p. 110-143.
- HANOT. — Bull. méd. Paris, avril 1895, p. 342.
- HUCHARD. — Bull. méd. Paris, 1895, p. 15.
- KOLTELITZ. — Archives méd. belges, LXXIII, 1920, p. 291.
- LABBÉ (H. et M.). — Annales de Médecine, 1920, n° 6, 7 et 8.
- LAGUESSE. — Le Scalpel, janvier 1920.
- LE GOFF. — Bull. et mém. de la Soc., n° 21, 1925, juillet.
- LEDoux-LEBARD. — La radiologie du Médecin praticien, 1926.
- LIBERT. — Progrès méd., 1926, n° 5, p. 159.
- LUCRON. — Thèse de Paris, 1892-1893, n° 186.
- MADRE. — Thèse de Paris, 1883, n° 181.
- MALBOT. — Soc. méd. des hôp. Paris, 1909, p. 305.
- MALUS. — Thèse de Paris, 1909-1910.
- MICHELEAU. — Gazette hebdomadaire des Soc. méd. de Bordeaux, 1923, XLIV, p. 319-322.
- MINET. — Bull. mém. Soc. méd. hôp. Paris, 1918, 3-1, XLII, 135.
- MIRALLIÉ. — Gaz. des hôp. Paris, 1893, p. 889.
- MOLLARD et RIMAUD. — Lyon médical, 1910.
- MONDIÈRE. — Archives gén. de méd., 1836, t. XI, 2^e série.
- NÉOPLASMES. — 1923.
- NIMIER. — Revue de Chirurgie, 1893, p. 1007.
- PARISOT. — Thèse de Paris, 1891-1892, n° 94.
- PERDU. — Thèse de Lyon, 1893.
- PIC et TOLOT. — Province Méd. Lyon, 1899, p. 55.
- RAMOND et JACQUIN. — Manuel de radioscopie gas., 1900, p. 277-294.
- RAMOS et COCHEZ. — Revue de médecine, 1887.
- SALLES. — Thèse de Paris, 1879-1880, n° 40.
- TIMBAL. — Les diarrhées chroniques, 1922.
- VERNAY. — Thèse Lyon, 1884.
- VESSELLE. — Thèse de Paris, 1852.
- VIGNAU. — Thèse de Bordeaux, 1923.
- VILLAR et AUBERTIN. — Journ. de Méd. de Bordeaux, 1922, p. 615.

PUBLICATIONS ITALIENNES

- ALLESSENDRI et MUTERVI. — Gazz. Osped. e. Clin., 1909, n° 13.
TUSINI. — Gazz. Osped. e. Clin., n° 148, p. 1575.
CASTELLINO. — Policl. Roma sezprat., 1917, jasc. 35.
MASCI. — Policl. Roma sezprat., 1921, jasc. 50.
PACE. — Gazz. intern. med. chir. Napoli, 1922, XXVII,
p. 253-55.
PISANO. — Policl. Roma sez chir., 1923, sez chir., p. 426-40.
SERAFINI G. — Gior der. Accad di Méd. di Torino, 1914, 40, XX,
p. 304-11.
ZOJA. — Gazz. degli Ospedali, 1911, n° 124.

PUBLICATIONS AMÉRICAINES

- BUCKSTEIN. — The journ. of the American med ass. Chicago,
1925, LXXXV, n° 14, 3. oct. p. 1061.
DEAVER. — Medical Record New-York, 1922, 25 mars, page 492.
FOOT, CARTER, FILIPS. — Am. journ. med. sc. Philadelphia, 1924,
CLXVII, p. 70-91.
FUTCHER. — Tr. Ass. Am. Physicians Philos, 1919, XXXIV,
p. 284-90.
LOCKWOOD. — J. Ann. ass. Chicago, 1921, LXXVII, p. 1554-57.
SPEED. — Am. Journ. Med. Sch. Philad., 1920, CLXI.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

- GLASSNER. — Blin. Wochenschr. Berlin, 1924, iii, p. 363, 64.
GROSS O. — Blin Wochenschr. Berlin, 1923, p. 1346-52,
p. 1804-6.
HERRNBEISER. — Med. Klinik, 1922, n° 8, 19 février.
HINR. — Deutsche Med. Woch., 1922, n° 9.
KATCH. — Klin. Wochenschi Berlin, 1923, ii, p. 1804 6.
KLEINSCHMIDT. — Deutschs mediz Woch., 1921, n° 39 p. 1162.
KRIEGER (I). Medizin ische Klinik, 1925, n° 40, 2 oct.

LOEFFLER W. — Corresp. Blatt fur Schweitzer Aertzte, 1922,
n° 28.

PEICIG. — Deutsche Zeitsch. p. chir. 1921, n° 153.

SCHMIDT. — Munch. med. Wochenschr., 1906, 19 juin 1925.

SCHOLTZ. — Virchows Arch. j. Path Anat. Berlin, 1924, CCXLVII,
p. 467.

7105. — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine Paris. — 4-26
